



Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava,  
Slovenská republika, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I., oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B  
IČO:35 709 332, DIČ: 2021000487, IČ DPH: SK2021000487.  
Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom  
zozname skupín poisťovní vedenom IVASS.

## Cestovné poistenie ku firemným platobným kartám Oznámenie o poistnej udalosti

### A. Údaje o poistenej firemnej platobnej karte vydananej VÚB, a.s.:

Meno a priezvisko držiteľa: .....

Názov firmy a IČO: .....

Typ karty: .....

Číslo karty:  Platnosť do:  /

Rodné číslo držiteľa:  (mesiac / rok)

### B. Údaje o poistenej osobe

držiteľ karty

Meno: ..... Priezvisko: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

Rodné číslo:  Telefón:  /

Mobilný telefón:  /  Fax:  /

E-mail: .....

### C. Informácie o poistenej ceste a škode

Dátum odjazdu:  /  /  Dátum návratu:  /  /

Spôsob dopravy: .....

Dátum vzniku škody:  /  /  Čas vzniku škody:  /  /

Miesto, krajina vzniku škody: .....

Kto spôsobil škodu: .....

Podrobný popis vzniku a priebehu škody (v popise uvádzajte aj časové údaje):  
.....  
.....  
.....

Bola škoda hlásená asistenčnej službe Europ Assistance, ak áno tak kedy?  Áno  Nie

Ak áno uveďte dátum, čas a referenčné číslo hlásenia: .....

Má poistená osoba dojednané podobné poistenie aj u iného poisťovateľa?  Áno  Nie

Ak áno, tak uveďte jeho názov, adresu a číslo poistnej zmluvy: .....

Bola škoda hlásená polícii?  Áno  Nie (Ak áno, priložte čitateľný protokol z polície)

Bola škoda hlásená prepravcovi?  Áno  Nie (Ak áno, priložte čitateľný protokol)

Výška úhrady: ..... mena: .....

#### D. Zoznam poškodených vecí

Popis poškodenej / stratenej veci	Nadobúdacia cena	Dátum obstarania

V uvedenej štruktúre uvedte na osobitnom priloženom liste, ak Vám tento zoznam nestačí.

#### E. Informácie o úraze/ ochorení

Popíšte podrobne rozsah zranení/ ochorení, čísla diagnóz a priebeh liečby:

.....  
.....  
.....

Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti?: .....

Uvedte mená lekárov a adresy všetkých zdravotníckych zariadení, kde bola poistená osoba ošetrovaná a/ alebo liečená a dĺžky pobytu v príslušných zdravotníckych zariadeniach:

.....  
.....  
.....

Bolo nutné vycestovanie náhradného zamestnanca?  Áno  Nie

Ak áno, priložte k tomuto oznámeniu cestovné lístky alebo letenky a potvrdenie zamestnávateľa o tom, že plnenie neodkladných pracovných úloh poisteného zamestnanca bolo dôvodom na vyslanie náhradného zamestnanca.

#### F. Poistné plnenie žiadam zaslať

na bankový účet . : ..... kód banky: .....

IBAN:..... BIC/SWIFT:.....

Názov a adresa banky: .....

na adresu : .....

#### G. Oznámenie škody vyplnil

Priezvisko: ..... Meno: .....

Adresa trvalého bydliska : .....

Dátum: ..... Podpis: .....

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne a som si vedomý/á, že nepravdivé zodpovedanie môže zbaviť poisťovateľa povinnosti plnenia. Súhlasím, aby si poisťovateľ vyžiadal všetku moju zdravotnú dokumentáciu o priebehu mojej liečby a zdravotnom stave.

K tomuto kompletne vyplnenému Oznámeniu o poistnej udalosti priložte všetky požadované doklady pre likvidáciu poistnej udalosti podľa príslušných zmluvných dojednaní a zašlite na adresu:

**Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava**